

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))
проживающий(ая) по адресу _____

документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____,
выдан _____,
(кем и когда выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Индивидуальному Предпринимателю Кудрявцеву Артуру Петровичу (ИНН 784808862587 ОГРНИП 325784700029230, город Санкт-Петербург, Ленинский проспект дом 170, квартира 47, 196191)

на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации

или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии);
- идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);
- адрес регистрации и фактического проживания;
- адрес электронной почты, в случае отсутствия электронной почты - почтовый адрес;
- номер контактного телефона (при наличии).

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях осуществления возврата ошибочно уплаченных (взысканных) платежей.

Настоящее согласие действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

Информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств

Я, _____
(Ф.И.О.)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

(Ф.И.О. ребенка – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку на весь период пребывания в лагере с постоянным пребыванием на базе Детского Оздоровительного Лагеря «Возрождение» (поселок Рощино, улица Первомайская дом 2) (далее "Лагерь"), в том числе санитарно-гигиенических, противоэпидемических, лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни ребёнка, включающих:

- осмотр, в том числе термометрию, тонометрию, пальпацию, неинвазивные исследования органа зрения и слуха, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза заболевания;
- функциональные методы обследования, в т.ч. электрокардиография, УЗИ.
- проведение экстренных мероприятий при неотложных состояниях ребенка, включая введение препаратов (подкожно, внутримышечно, внутривенно)

В соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ в случае возникновения у моего ребенка неотложного состояния или обострения хронического заболевания

- добровольно соглашаюсь на оказание медицинской помощи моему ребенку медицинским работником Лагеря;
- добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку консультации специалистов в сопровождении работника Лагеря;
- добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников Лагеря;

Я информирован(а) о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения моему ребенку вреда здоровью.

Я поставил(а) работников Лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

Для предотвращения неблагоприятных ситуаций сообщаю следующие сведения:

Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого?	
Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких?	
Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты?	
Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких?	
Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом?	

Другие сведения, заслуживающие внимания	
---	--

Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания?
Какого? _____

_____ Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных
препаратов? Каких? _____

_____ Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных

Разрешаю в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка,
сообщать по телефонам:

телефон	Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника

Я,

_____ несую полную ответственность за достоверность и полноту представленной информации о
моем ребенке.

Законный представитель ребенка

_____/_____
подпись /Ф.И.О.

Дата _____